

(提出年月日)
年 月 日

(保険者名・福祉事務所名)

大紀町長 様

事業所番号	
事業所名称	
事業所の所在地 及び連絡先	TEL

介護予防・日常生活支援総合事業費明細書過誤返戻依頼書

下記の明細書は、申立理由のとおり記載誤りがありましたので、過誤返戻処理をお願いいたします。

サービス提供年月分	年 月 分	※サービスを提供した月を記入。
請求月	年 月	※国保連合会に請求した月を記入。
(フリガナ)		
被保険者氏名		
被保険者番号		
サービス提供様式 (明細書の様式にチェックしてください)	介護予防・日常生活支援総合事業費明細書 様式 <input type="checkbox"/> 2の3 <input type="checkbox"/> 7の3	
申立理由		

※ この依頼書は被保険者毎に作成してください。

※ 過誤返戻依頼されました介護予防・日常生活支援総合事業費明細書は「介護予防・日常生活支援総合事業費過誤決定通知書」に記載されます。再請求されず場合は、過誤返戻処理が完了している事を必ずご確認のうえ、月遅分と当月分とは別の請求書により再請求を行ってください。